

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1912

THÈSE

N° 255

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

François PHILIPPE

Né à Plélo (Côtes-du-Nord), le 28 avril 1883

Externe des hôpitaux de Lille

Interne de l'hôpital Péan

REVUE CLINIQUE ET CONTRIBUTION AU TRAITEMENT

DES

Points de côté des Tuberculeux

Président : M. LETULLE, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUBE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, Rue Racine (v¹°)

1912

10

255

THÈSE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1912

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

François PHILIPPE

Né à Plélo (Côtes-du-Nord), le 28 avril 1883

Externe des hôpitaux de Lille

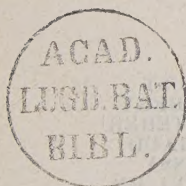
Interne de l'hôpital Péan

REVUE CLINIQUE ET CONTRIBUTION AU TRAITEMENT

DES

Points de côté des Tuberculeux

Président : M. LETULLE, professeur



PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, Rue Racine (VI^e)

1912

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN, M. LANDOUZY

PROFESSEURS

	MM.
Anatomie.	NICOLAS
Physiologie.	CH. RICHET
Physique médicale.	WEISS
Chimie organique et Chimie générale.	GAUTIER
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales.	ACHARD
Pathologie médicale.	WIDAL
	TESSIER
Pathologie chirurgicale.	X.
Anatomie pathologique.	PIERRE MARIE
Histologie.	PRENANT
Opérations et appareils.	HARTMANN
Pharmacologie et matière médicale.	POUCHET
Thérapeutique.	MARFAN
Hygiène.	CHANTEMESSE
Médecine légale.	THOINOT
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	LETULLE
Pathologie expérimentale et comparée.	ROGER
	DEBOVE
Clinique médicale.	LANDOUZY
	GILBERT
	CHAUFFARD
	HUTINEL
Maladies des enfants.	
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	GILBERT BALLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux.	DEJERINE
	DELBET
Clinique chirurgicale.	QUENU
	RECLUS
	SEGOND
Clinique ophtalmologique.	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires.	N.
	BAR
Clinique d'accouchements.	PINARD
	RIBEMONT-DESSAIGNE
Clinique gynécologique.	POZZI
Clinique chirurgicale infantile.	KIRMISSON
Clinique thérapeutique.	ALBERT ROBIN

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.			
BALTHAZARD	DESGREZ	LENORMANT	PROUST
BERNARD	DUVAL (P.)	LEQUEUX	RATHERY
BRANCA	GOUGEROT	LERI	REITTERER
BRINDEAU	GREGOIRE	LOEPER	RICHAUD
BROCA (A.)	GUENIOT	MACAIGNE	ROUSSY
BRUMPT	GUILLAIN	MAILLARD	ROUVLE
CAMUS	JEANNIN	MORESTIN	SCHWARTZ
CARNOT	JOUSSET (A.)	MULON	SICARD
CASTAIGNE	LABBE (M.)	NICLOUX	TERRIEN
CHEVASSU	LANGLOIS	NOBECOURT	TIFFENEAU
CLAUDE	LAIGNEL-LAVASTINE	OKINCZYC	ZIMMERN
COUVELAIRE	LECENE	OMBREDANNE	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être consacrées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'en tend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE VÉNÉRÉE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

A MON FRÈRE ET A MA BELLE-SŒUR

A MA CHÈRE FIANCÉE

A TOUS MES AMIS

A TOUS MES MAÎTRES
DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
DE LILLE

A MONSIEUR LE DOCTEUR BROCHIN

Chirurgien de l'Hôpital Péan

A MONSIEUR LE DOCTEUR ROUSSEAU

Chirurgien de l'Hôpital Péan
(*Internat*)

A MONSIEUR LE DOCTEUR DESPLATS

Professeur de Clinique médicale
aux Facultés catholiques de Lille

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR LETULLE

Membre de l'Académie de Médecine
Professeur à la Faculté de Médecine
Médecin de l'Hôpital Boucicault
Chevalier de la Légion d'honneur



Digitized by the Internet Archive
in 2026

PRÉFACE

Au début de ce modeste travail, qui clôture notre vie d'étudiant, qu'il nous soit permis à loisir de remercier tous ceux qui, de près ou de loin, se sont intéressés à nous pendant tout le cours de nos études.

Notre première pensée ira à notre père, dont le souvenir déjà lointain nous est demeuré comme un vivace exemple d'honnêteté et d'amour du travail. C'est à sa mémoire vénérée qu'en tout premier lieu nous avons voulu dédier ce modeste ouvrage, faible hommage de notre reconnaissance.

Notre mère, qui entourait notre jeunesse de tant de sollicitude et de tendresse, a veillé sur nous, pendant toute la durée de nos études, et nous a permis de les mener à bonne fin par les nombreux sacrifices qu'elle s'est imposés.

Aussi, sommes-nous heureux aujourd'hui en lui dédiant cette thèse, qui est pour ainsi dire son œuvre, de lui donner un gage de notre profond et inaltérable amour filial.

A notre frère qui partagea toujours nos joies et nos tristesses et qui s'efforça toujours de nous rendre

plus facile notre vie d'étudiant, nous adressons ici tous nos remerciements et l'assurons de notre plus vive reconnaissance.

Après notre famille, nous nous reportons tout naturellement vers tous nos maîtres des Facultés Libres de Lille qui, par les savantes et judicieuses leçons qu'ils nous ont données, tant à l'hôpital que dans les dispensaires, nous ont initiés dans l'art difficile de soulager et de guérir. Nous ne saurions mieux leur prouver toute notre gratitude qu'en les assurant que nous nous efforcerons toujours de suivre leur exemple et de mettre en pratique, pendant toute notre carrière médicale, les sages principes qu'ils nous ont enseignés.

Nous nous en voudrions d'oublier nos amis d'études et nos camarades d'Internat ; à tous nous adressons notre sympathique souvenir. C'est pendant ces années que nous avons contracté de solides amitiés, et à ceux-là, qui furent nos intimes, qui partagèrent notre travail et nos délassements, nous disons l'espoir que nous avons de les revoir souvent, et d'entretenir ces amitiés qui nous ont fait trouver bien court le séjour que nous avons fait dans l'enfumée capitale des Flandres.

A M. le Dr Paillard, ancien lauréat des Hôpitaux de Paris, qui nous a donné le sujet de cette thèse, et qui, au cours de ce travail, ne nous a ménagé ni son temps ni ses judicieux conseils, c'est avec lui que nous avons recueilli la plupart de nos observations ; nous lui devons tout particulièrement un témoi-

gnage de reconnaissance. Nous le remercions bien sincèrement de tout l'intérêt qu'il nous a porté.

Enfin, à M. le Dr Josué qui nous a si gracieusement ouvert la porte de son service à l'Hôpital de la Pitié, nous offrons tous nos remerciements et l'assurons de toute notre gratitude.

Points de côté des tuberculeux

INTRODUCTION

En abordant la question des points de côté, nous n'avons certes pas la prétention de parler d'un sujet nouveau. Beaucoup d'autres l'ont fait avant nous, mieux et avec plus d'ampleur que nous ne saurions le faire nous-même. Peter, entre autres, a traité cette question fort longuement, et nous avons puisé dans ses *Cliniques médicales de l'Hôtel-Dieu*, au cours de ce travail.

Nous envisageons la question sous une forme plus limitée et nous nous contenterons de la décrire chez les tuberculeux seulement. Nous étudierons successivement, chez eux, les points de côté du sommet, de l'interlobe et de la base.

Nous entendons, en effet, par point de côté, toute douleur persistante ou transitoire, mais localisée, qui siège en un point quelconque de la cage thoracique, et dont les variations cliniques sont inhérentes à une grande diversité étiologique.

Nous passerons ensuite en revue les différents

modes de traitements employés pour combattre cette affection, mais nous nous efforcerons surtout de mettre en lumière une thérapeutique simple, employée couramment autrefois, et qui nous semble en ce moment plus ou moins oubliée malgré les bons résultats qu'elle a donnés à ceux qui l'ont jadis employée, et qu'elle donne toujours encore aux cliniciens qui l'ont reprise ou conservée. Nous voulons parler de l'injection sous-cutanée d'eau bouillie au point douloureux.

ETIOLOGIE

Causes pleurales

Ce sont de beaucoup les plus importantes ; quelle que soit, en effet, la localisation des lésions, un certain nombre des filets nerveux pariétaux ou intrathoraciques (intercostaux, phréniques), peuvent être atteints par le processus inflammatoire, irrités, englobés. La nature de la lésion pleurale est d'ailleurs plus ou moins variable ; tantôt, il s'agit d'une *pleurésie sèche* qui se traduit cliniquement sous la forme de frottements, tantôt d'une véritable *symphyse* qui survient presque toujours à la suite d'un épanchement, lorsque le liquide s'est résorbé, constituant des adhérences qu'à l'autopsie, il faudra, suivant leur importance, décoller, déchirer ou sculpter. Ou bien les lésions pleurales sont simplement *secondaires* à des lésions pulmonaires sous-jacentes, et l'on sait combien fréquemment on trouve à l'autopsie des phtisiques, les poumons adhérents sur une plus ou moins grande partie de leur étendue.

Il n'est pas sans intérêt de se demander si le point douloureux représente exactement la projection d'une lésion pleurale sous-jacente et si une névralgie

partielle et opiniâtre, existant en un point, on peut affirmer à coup sûr l'existence d'une symphyse sous-jacente ou au moins d'une pleurésie sèche. A la vérité, on ne saurait être aussi affirmatif; dans bien des cas, à l'autopsie, on constatera qu'il existe une lésion pleurale manifeste au regard de la zone qui était douloureuse du vivant du malade et que l'on a pu repérer par quelques pointes de feu ou un petit vésicatoire; mais la douleur n'est nullement proportionnelle à l'intensité de la lésion, à l'épaisseur de la symphyse ou à son étendue; tout dépend de l'état des filets nerveux voisins, parfois atteints avec des lésions minimales, parfois intacts avec des lésions fort graves.

Dans son article sur la névralgie intercostale. (*Dictionnaire Jaccoud*), Desnos insiste fort justement sur le fait que chez les phthisiques, il existe fréquemment des points de côté avoisinant l'extrémité du nerf intercostal alors que la lésion intéresse le nerf dans sa portion juxta-vertébrale; ces faits s'expliquent aisément par la loi de Müller, « d'après laquelle toute impression, ayant sa source dans l'excitation d'un nerf, est rapportée par le sensorium à l'extrémité périphérique de ce nerf quel que soit le point du cordon nerveux qui soit le siège de cette impression ». C'est ainsi, du reste, que l'on peut interpréter les douleurs en ceinture du mal de Pott ou les névralgies tabétiques. Cependant, nous croyons qu'il s'agit-là de phénomènes douloureux erratiques, transitoires, se déplaçant avec une grande facilité, et que les vrais points de côté relèvent avant tout d'une lésion locale.

Causes pulmonaires

Des lésions pulmonaires seules, sans inflammation coexistante de la plèvre, peuvent-elles donner lieu à des points de côté? On sait que, d'une façon générale et même en dehors de la tuberculose, cette question a fait l'objet de controverses anciennes, que Grisolles, s'appuyant sur l'exemple de la pneumonie, répondait affirmativement alors qu'Andral estimait ce fait tout à fait impossible. Nous ne pensons pas, en effet, qu'il soit fréquent; cependant, nous sommes forcés de reconnaître que d'une manière générale on peut, en dehors d'une lésion de la plèvre, observer des points de côté de cause purement pulmonaire. Ainsi, le point de côté existe dans l'embolie pulmonaire, que celle-ci soit profonde ou superficielle. On observe souvent aussi des points de côté dans la granulie et l'on sait qu'Empis a particulièrement insisté sur l'hyperesthésie thoracique dans ces cas; or, les lésions pleurales sont souvent alors presque insignifiantes et c'est aux altérations du poumon qu'il faut, selon toute vraisemblance, attribuer les troubles observés. Paillard a rapporté récemment l'histoire d'une malade atteinte de pyo-pneumothorax tuberculeux sans fistule pulmonaire (le pneumothorax était consécutif à une ponction) et chez laquelle, au cours d'une thoracentèse ultérieure, il a pu observer le tableau clinique suivant, assez

démonstratif pour ce qui concerne les douleurs pariétales d'origine exclusivement pulmonaire : le liquide étant presque complètement évacué et une nouvelle aspiration étant brusquement réalisée, la malade accusait une douleur vive, angoissante, syncopale, dans les troisième et quatrième espaces intercostaux, à la partie antérieure et latérale du thorax ; si, débouchant le trocart, on laissait l'air pénétrer dans la plèvre (et un léger sifflement indiquait la réalité de cette pénétration), la douleur disparaissait immédiatement, nouvelle aspiration, nouvelle douleur immédiate, pénétration de l'air, cessation immédiate également. Il semble donc que, dans ce cas, la douleur ait relevé de la distension brusque du poumon rétracté et que ce trouble viscéral ait eu par voie réflexe sa projection douloureuse sur la paroi.

Tels sont les faits sur lesquels nous croyons pouvoir nous baser pour établir l'origine purement pulmonaire de quelques points de côté chez les tuberculeux. Le fait est théoriquement possible, mais nous n'apportons pas de documents qui le vérifient, nous pensons que ces points douloureux sont vraisemblablement fugaces, qu'ils surviennent surtout, lors d'une poussée aiguë ou subaiguë, que leurs paroxysmes sont assez étroitement liés aux paroxysmes mêmes de la dyspnée.

Causes osseuses et radiculaires

Les douleurs qui relèvent d'une ostéite costale ne peuvent guère être confondues avec le point de côté banal des tuberculeux ; il existe une tuméfaction osseuse, quelquefois une collection purulente superficielle qui ne permet pas au diagnostic d'être hésitant ; cependant, lorsque l'ostéite débute par la face profonde de la côte, les signes objectifs sont parfois absents pendant plusieurs semaines et l'on peut croire à une névralgie intercostale ; on conçoit qu'en pareil cas le diagnostic puisse être rapidement rectifié.

Le mal de Pott provoque des douleurs en ceinture qui en sont parfois le premier symptôme ; il ne faudra pas négliger, en pareil cas, d'examiner avec soin l'état du rachis et l'état des réflexes, car chez l'adulte, au moins, les symptômes du mal de Pott sont souvent plus médullaires que vertébraux.

Enfin, il peut s'agir d'une pachyméningite tuberculeuse qui comprime les racines postérieures et réalise des phénomènes douloureux qui ne sont pas sans parenté avec ceux du tabes. La ponction lombaire peut rendre, en pareil cas, de réels services en montrant soit de la lymphocytose, soit une augmentation de la quantité d'albumine.

Mais ces faits nous intéressent peu ; ils échappent en effet à la thérapeutique sur laquelle nous voulons

insister plus loin et leur description complète nous entraînerait au delà des limites de ce travail.

*
* * *

Quelle que soit la nature de la lésion et sa localisation, un certain nombre de facteurs surajoutés peuvent intervenir. Une poussée tuberculeuse exagérera les phénomènes douloureux pendant une ou plusieurs semaines ; un refroidissement provoquera un paroxysme de quelques jours ; un effort, la dyspnée, une quinte de toux exagéreront la douleur pendant quelques instants.

De plus, il faut tenir compte dans une large mesure du terrain sur lequel évoluent ces troubles ; certains sujets névropathes présenteront des réactions nerveuses beaucoup plus intenses d'où l'exagération ou la prolongation de leurs douleurs.

ETUDE CLINIQUE

Il nous faudra décrire un certain nombre de formes que nous voudrions distinguer en deux grands groupes : 1° celles qui tirent leurs particularités des conditions dans lesquelles elles surviennent et elles évoluent ; 2° celles qui sont définies par leur localisation.

Formes d'après l'évolution

1° Dans une première variété que nous appellerons volontiers la NÉVRALGIE D'ALARME, le point de côté correspond à la période d'ensemencement du bacille ; c'est surtout lorsque cette période est subaiguë, s'accompagne d'un mouvement fébrile, d'asthénie, souvent d'une excitabilité nerveuse particulière que l'on observera ce point de côté. Au même titre, il pourra survenir au cours d'une de ces « poussées évolutives » qu'à la suite des travaux de M. Bezançon et de ses élèves, on a appris à bien connaître. Parfois, il n'y a pas seulement névralgie et point de côté, mais il y a aussi *zona* et l'on sait que cette

affection a plus d'une fois permis de prévoir l'évolution d'une tuberculose qui s'affirmait nettement quelques semaines après.

Ces douleurs sont souvent *mobiles, variables, fugaces* ; elles n'ont pas la fixité des douleurs qui relèvent de l'englobement des nerfs par une lésion pleurale définitive ; elles sont sujettes à des paroxysmes qui relèvent de causes minimales et au point de vue thérapeutique elles sont parfois plus améliorées par le traitement général que par la médication locale ;

2° Dans un ordre d'idées tout à fait différent, il nous faut parler des douleurs qui surviennent à une période plus ou moins avancée de la phtisie et qui relèvent d'une façon indiscutable de la SYMPHYSE PLEURALE à extension progressive. Ces névralgies sont *fixes, opiniâtres*, elles entraînent parfois une *dyspnée* notable ; elles peuvent même être assez intenses pour que l'on soit dans la nécessité de donner au malade de la morphine, afin d'assurer son sommeil. C'est là, avec les transpirations nocturnes, la toux émétisante, les complications digestives et laryngées, un des « ennuis » des malheureux phtisiques avancés. Ici, la lésion est surtout locale et on devra lui opposer de même un traitement local ;

3° Enfin, il convient de décrire les NÉVRALGIES POST-PLEURÉTIQUES ; le liquide s'est résorbé, il se forme une symphyse pleurale et le poumon sous-jacent se tuberculise plus ou moins ; dans la symphyse pourront être englobés quelques filets nerveux en général intercostaux ou rameaux du phrénique,

d'où la possibilité de névralgies qui reconstituent ou même accentuent le point initial de la pleurésie souvent disparu à la période d'état. Il existe une zone, en quelque sorte élective, pour la localisation de ces douleurs, la zone sous-axillaire au niveau du rebord costal et des derniers espaces intercostaux. Chez plusieurs de nos malades, ces douleurs étaient suffisamment intenses pour entraîner une insomnie réelle ou un état de malaise insupportable. Ici encore lésion locale ; nécessité et efficacité du traitement local.

Formes d'après la localisation

POINT DE CÔTÉ DU SOMMET

Le point de côté du sommet est certainement le plus commun, et à cela rien de surprenant, car c'est un fait nettement démontré que la tuberculose débute presque toujours par cette région.

Les creux sus et sous-claviculaires en avant, la région interscapulaire en arrière, l'aisselle quelquefois sont le siège de cette variété : « Points de côté d'en haut », comme les appelle Peter.

Outre les signes fournis par la percussion, l'auscultation et la radiographie, les lésions du sommet, en effet, sont susceptibles d'entraîner toute une série de troubles de compression. Ceux-ci portent tout d'abord sur les nerfs : les intercostaux supérieurs et le phrénique ; au niveau des premiers espaces, il est

assez difficile de définir avec netteté une névralgie intercostale ; on est gêné par la ceinture scapulaire et en particulier par l'omoplate ; néanmoins, il n'est pas rare que le malade accuse une sensation de constriction réelle au niveau du sommet.

Quant au phrénique, son irritation peut quelquefois donner lieu à une névralgie phrénique totale, mais habituellement, quand la lésion tuberculeuse siège au sommet, les points supérieurs sont seuls bien nets. La douleur, dans ce cas, se trouve localisée au point vertébral, au point sterno-cléido-mastoïdien, et au premier et deuxième espace sternal.

Les intercostaux et le phrénique ne sont pas seuls en jeu. La névrite du sympathique donne lieu à un syndrome particulier que Souques et plus récemment Beauvieux ont rencontré chez plusieurs tuberculeux. C'est le syndrome de Claude-Bernard Horner. Il consiste en troubles oculo-pupillaires ; du côté malade, il y a du myosis, de la rétraction du globe oculaire et de la diminution de la fente palpébrale. Ces faits morbides, lorsqu'ils existent, permettent de porter le diagnostic d'une lésion siégeant dans le premier ganglion thoracique qui est, comme on le sait, le lieu de passage des fibres irido-dilatatrices de l'œil.

En dehors de ces faits, on peut voir quelquefois d'autres signes de compression : compressions veineuses, œdème du bras, œdème de la face ; ces faits sont assurément fort rares. Il faut noter d'ailleurs qu'ils ont été parfois observés, non pas seulement

dans la tuberculose banale du sommet, mais encore dans certains cas de pleurésie localisée à cet endroit ; on trouvera, à cet égard, tous les renseignements dans la thèse récente de Faurous (Paris, 1910), faite à l'inspiration de M. Gouget, à qui l'on doit une très belle observation de pleurésie séro-fibrineuse du sommet.

Il n'est pas sans intérêt non plus de rappeler que la lésion tuberculeuse est suffisamment active pour entraîner une élévation de température locale, et que la température axillaire, prise comparativement d'un côté et de l'autre, montre une différence non douteuse avec quelques dixièmes en plus du côté malade.

NÉURALGIE INTERCOSTALE BANALE

Nous insisterons peu sur cette variété, elle ne présente ici rien de très particulier. La palpation permet de mettre en évidence les points de Valleix (postérieur, axillaire et antérieur) ; l'intensité, les paroxysmes, la fixité dépendent des conditions étiologiques et évolutives que nous avons signalées plus haut.

Prises souvent à tort pour des névralgies intercostales, deux variétés de localisations doivent être décrites à part : point de côté interlobaire de Sabourin, et la douleur qui relève de la pleurite sèche précordiale sur laquelle a récemment insisté Mantoux.

POINT DE CÔTÉ DE L'INTERLOBE

Sabourin a particulièrement étudié cette variété, il est même arrivé à l'individualiser complètement. Parfois la douleur correspond exactement à toute l'étendue de la scissure, mais le plus souvent, elle est maxima dans une zone juxta-apophysaire. Il existe aussi, mais seulement du côté droit, un point rétro-axillaire, correspondant exactement à la bifurcation de la scissure.

Très souvent ces points douloureux sont dus à une pleurésie interlobaire, ou à une broncho-pneumonie, occasionnée elle-même par une embolie tuberculeuse des petites bronches, ou encore par des noyaux tuberculeux marginaux. Sabourin a longuement insisté sur toutes ces diverses manifestations tuberculeuses de la scissure.

Il existe encore une cause de point de côté de cette région, c'est la symphyse de la plèvre interlobaire consécutive à une pleurésie résorbée. Béclère, par un moyen radioscopique des plus ingénieux, est arrivé à la déceler ; il suffit, en effet, au lieu de donner au rayon une direction perpendiculaire de l'orienter en bas et en avant, dans le sens de la scissure ; la zone symphysée, vue alors par sa « tranche » et non plus « de face », apparaît nettement comme une ombre sur l'écran.

C'est là un fait des plus intéressants à connaître,

et qui peut expliquer toute l'importance d'une névralgie en apparence banale ; car si, étant averti, on ausculte très soigneusement le malade, on est tout surpris de découvrir une lésion pleurale bien limitée.

Il est, en effet, facile de prendre cette douleur interlobaire, pour de simples névralgies intercostales ; toutefois la douleur interlobaire occupe ordinairement sur la paroi de la poitrine une autre place que les névralgies intercostales. Il est rare, en effet, qu'en avant elle dépasse une ligne qui tomberait perpendiculairement du mamelon sur l'abdomen. Au contraire, la douleur intercostale a son siège en avant de cette même ligne et vient s'épanouir à la base du sternum, ainsi que sur la région épigastrique. De plus, là où la douleur d'origine pleurale est la plus vive, le pincement et le grattage de la peau ne font éprouver au malade aucune sensation douloureuse, ce qui n'a pas lieu pour les névralgies.

DOULEURS PRÉCORDIALES

Elles ont été étudiées autrefois par Peter et plus récemment par Mantoux, qui les rapporte à une pleurite sèche précordiale, dont les signes fonctionnels les plus habituels sont une douleur spontanée et des palpitations. La symptomatologie se rapproche, par certains points, de celle de l'angine de poitrine, mais toutefois sans jamais arriver à simuler la crise vraie

de l'angor. La douleur spontanée est aussi fréquente que les palpitations ; elle peut être très violente ou ne constituer qu'une simple gêne, habituellement localisée à la région précordiale ; elle s'irradie parfois dans le bras gauche. Les palpitations sont d'une violence plus ou moins intense ; certains malades sont simplement incommodés, tandis que d'autres en souffrent énormément.

Une sensation d'étouffement coexiste fréquemment, mais peut aussi exister seule.

L'intensité des troubles cardiaques et respiratoires, le siège de la douleur impressionnent fortement les malades ; ils ont peur de mourir, certains mêmes croient qu'un anévrisme est sur le point de se rompre.

Une auscultation soigneuse et patiente permet habituellement de rassurer complètement le malade, en donnant une explication satisfaisante de tous ces faits. Elle révèle, le plus souvent, la présence de petits frottements fins, secs, tout à fait superficiels, synchrones aux mouvements respiratoires et disparaissant lorsque le malade retient sa respiration, indices d'une lésion pleurale. De plus, la recherche de la sensibilité au point douloureux permet de déceler une légère hyperesthésie de cette région : ce sont des crises douloureuses qui apparaissent subitement, qui sont d'assez courte durée, grâce à une médication appropriée.

POINT DE CÔTÉ DE LA BASE

La névralgie de la base reconnaît pour cause, elle aussi, soit une pleurésie diaphragmatique d'emblée localisée, soit le plus souvent une symphyse pleurale secondaire à une pleurésie de la grande cavité. Dans ce cas, c'est le nerf phrénique qui se trouve le plus intéressé, et c'est sur son trajet qu'il faut rechercher les signes physiques du mal. Cette névralgie, suivant le cas, peut être légère, intermittente ou totale ; pour s'en assurer, il suffit de rechercher les points douloureux de Guéneau de Mussy dont voici le siège :

1° Entre les deux chefs inférieurs du sterno-cléido-mastoïdien, au point précis où le nerf passe sur le scalène ; parfois irradiations vers les plexus cervical, brachial, vers l'épaule et le bras ;

2° Partie interne des espaces intercostaux ;

3° Intersection d'une ligne horizontale prolongeant la partie osseuse de la dixième côte avec une ligne verticale longeant le bord externe du sternum ; c'est le bouton diaphragmatique de Guéneau de Mussy ;

4° Pourtour du thorax au niveau des insertions du diaphragme ;

5° Apophyse transverse de la cinquième cervicale ;

6° Point dorsal (dixième dorsale) ;

7° Point épigastrique.

L'étendue et l'acuité de ces points douloureux spontanés et provoqués témoignent de l'intensité du

processus inflammatoire : souvent la douleur est très vive, elle peut entraîner de la polypnée, de l'insomnie, elle finit même par devenir complètement intolérable; la toux, le moindre effort l'exagère ; le malade a le facies angoissé, parfois du hoquet. En un mot, il présente le syndrome diaphragmatique ; or, nous savons que ce syndrome est fréquent chez les tuberculeux. Paillard et Monnier (de Nantes) ont récemment insisté sur cette fréquence. Son caractère principal est sa latence, il faut dépister ces congestions de la base qui, sans le point de côté et les points douloureux de Guéneau de Mussy, seraient presque infailliblement méconnues. Leur connaissance est d'une grande importance, car elles sont un des premiers signes qui permettent le diagnostic précoce de la tuberculose de la base. Certes, cette localisation tuberculeuse n'est pas aussi fréquente que celle du sommet, mais elle se rencontre encore assez souvent, et des faits anatomo-pathologiques démontrent que les adhérences pleuro-pulmonaires de la base sont, sinon constantes, du moins très communes chez les tuberculeux, et qu'à côté de la tuberculose à début par le sommet, il y a lieu de faire une place incontestable à la bacillose débutant par la base.

En présence d'un malade accusant un point douloureux de la base, il sera toujours bon de penser à la tuberculose et de la rechercher avec soin. Il ne faut cependant pas croire que tous les points de côté de cette région soient dus à la bacillose. Il en

existe qui n'ont aucun rapport avec la plèvre et qui sont même totalement indépendants de toute affection de l'appareil respiratoire, témoin le cas rapporté par Paillard. Il s'agit d'un tuberculeux avéré souffrant d'un point de côté de la base gauche, très opiniâtre et rebelle à toute thérapeutique. La douleur augmentait lors de la toux, et gênait manifestement la respiration diaphragmatique ; quoique la palpation ne le localisât point d'une façon très précise sur la paroi, on pouvait croire à l'existence d'adhérences pleurales diaphragmatiques. L'autopsie vint démontrer que la cause exacte de cette douleur était une péricolite tuberculeuse de l'angle gauche du gros intestin. On sait que cet angle vient s'enfoncer très haut sous la coupole diaphragmatique, et qu'à travers le diaphragme il est en regard du cul-de-sac pleural.

TRAITEMENT

Après avoir passé en revue les caractères et les différentes localisations des points de côté des tuberculeux, il nous reste à indiquer quel traitement il convient de leur opposer. Très souvent, ces malades accusent des douleurs très violentes et très tenaces, et si la maladie n'en continue pas moins son évolution, il y a cependant un très grand intérêt à leur apporter un soulagement, en faisant disparaître ces points douloureux. La cessation de la douleur peut même amener une amélioration notable de l'état du malade ; et ce n'est pas là un fait négligeable. La douleur, en effet, du seul fait qu'elle rend la respiration difficile, incomplète même, diminue le champ de l'hématose et cause ainsi des troubles permanents dans tous les échanges gazeux de l'organisme. Elle amoindrit la résistance du sujet en diminuant l'apport de combustible et en rendant plus incomplète l'élimination des déchets.

Elle est une des principales causes de dépression et comme telle, elle a encore une influence fâcheuse sur l'évolution du mal. Il y a donc de multiples

intérêts à la combattre, l'atténuer autant que possible si on ne peut la faire disparaître complètement.

La variété et le nombre des moyens thérapeutiques employés prouvent que le résultat obtenu par le choix de l'un ou l'autre est loin d'être toujours satisfaisant. Les applications de teinture d'iode, les badigeonnages à la térébenthine, les sinapismes, les pointes de feu, les ventouses sèches ou scarifiées, les vésicatoires ou au moins les mouches volantes, le cautère, le stypage donnent évidemment des résultats appréciables, mais, en général, transitoires et insuffisants. Les pointes de feu sont, parmi les précédents, un des meilleurs procédés, mais encore son efficacité est-elle loin d'être constante.

Nous insisterons, au contraire, tout spécialement sur l'efficacité des injections sous-cutanées d'eau bouillie au point douloureux.

Autrefois, Potain y avait fréquemment recours contre des névralgies des plus diverses dans son service de l'hôpital Necker, et Dieulafoy a rapporté les multiples succès qu'il lui devait. Pour s'en convaincre, il suffit d'ouvrir le *Dictionnaire Jaccoud* à l'article : douleur, article écrit par Dieulafoy lui-même, et où il préconise cette méthode, qui, « par une injustice bien regrettable, est tombée dans l'oubli », dit Romme en 1910. Toutefois, cet oubli n'était pas tout à fait complet. Dans plusieurs services hospitaliers, nous avons vu employer cette méthode et les observations que nous avons recueillies en témoignent.

Le mode opératoire est le même que celui pour une injection hypodermique quelconque d'une faible quantité de liquide. Il suffit de posséder une seringue et une aiguille stérilisée. Il ne reste plus alors qu'à déterminer aussi exactement que possible le point où la douleur est maxima, et à injecter à cet endroit 1 ou 2 centimètres cubes d'eau bouillie.

Dans les quelques instants qui suivent l'injection, le patient éprouve parfois la sensation d'une brûlure assez vive, mais supportable. Cette douleur va s'atténuant graduellement et finit par disparaître complètement vingt minutes ou une demi-heure après l'injection, emportant généralement avec elle la douleur première. Le plus souvent une seule injection suffit pour faire disparaître pour toujours le point douloureux; cependant, plusieurs jours après la première injection, il est quelquefois nécessaire d'en faire une deuxième au même endroit.

Devant ces résultats une question se pose naturellement: par quel moyen agit cette médication vraiment simpliste? Agit-elle autrement que par suggestion? Il est assez difficile d'y répondre d'une façon satisfaisante, et c'est à quoi Surmont et Dubus se sont efforcés, en portant la question sur le terrain expérimental. Ils ont fait toute une série d'expériences sur l'homme, le chien et le lapin concernant les réactions physiologiques et histologiques des nerfs au voisinage desquels il a été fait une ou plusieurs injections d'eau distillée.

Au point de vue physiologique, ces expériences

ont démontré que les injections d'eau distillée au voisinage d'un nerf, du sciatique en particulier, laissent intacte l'excitabilité de la fibre nerveuse.

Chez le lapin par exemple, les injections répétées amènent bien une légère diminution de la sensibilité à la piqure et à la chaleur. Mais lorsqu'on sacrifie l'animal dix minutes à vingt-quatre heures après l'injection, l'excitation du sciatique autour duquel l'injection a été faite, excitation par sa section aussitôt après la mort, provoque des mouvements de l'extrémité de la patte et montre la conservation de l'excitabilité du nerf.

Les mêmes résultats ont été obtenus chez le chien, chez lequel cette réaction physiologique a été aussi étudiée. On est arrivé à démontrer que l'excitabilité du nerf reste intacte tout le temps que l'injection est faite dans le tissu cellulaire qui l'entoure. Elle diminue, au contraire, si l'injection est faite, non plus autour, mais dans la gaine même du nerf.

L'étude de ces réactions au moyen de l'esthésiomètre chez les individus soumis à ce traitement pour des névralgies, a donné des résultats moins précis. Surmont et Dubus notent cependant que la sensibilité, variable suivant les malades, était presque identique dans les régions symétriques après comme avant l'injection.

Histologiquement, les modifications subies par le nerf sciatique, au voisinage duquel est faite une injection d'eau distillée, ont été étudiées sur des

lapins que l'on sacrifiait dix minutes à vingt-quatre heures après cette injection.

Après une seule injection, le nerf est œdématié, et cet œdème qui augmente le volume du nerf, apparaît encore plus nettement en cas d'injections répétées. Les coupes, étudiées au microscope, montrent que la fibre nerveuse est intacte, mais qu'il existe une infiltration du tissu conjonctif périfasciculaire et interfasciculaire par la sérosité. La fibre nerveuse conserve sa configuration et sa structure normales. La myéline est régulièrement disposée, et de contours très nets. Quelques fibres, parfois, paraissent légèrement granuleuses et plus manifestement lamellaires que ne le sont les fibres où la myéline est normale. Quelquefois encore, les incisures de Schmidt et Lanterman élargies, apparaissent plus nettement, et quelques rares fibres offrent un léger éclaircissement de l'étranglement annulaire. Mais le professeur Laguesse, qui a examiné les préparations de Surmont et Dubus, doute que ce soient là des modifications pathologiques.

Telles sont donc les modifications histologiques observées ; assurément, elles sont minimales quoique réelles. Il n'est pas sans intérêt de les comparer aux véritables délabrements que produisent les injections d'alcool : dans ce cas, les fibres sont ratatinées, cassantes, la myéline fragmentée, granuleuse, la gaine de Schwann est très altérée. Or, les résultats thérapeutiques sont-ils meilleurs avec l'alcool qu'avec l'eau bouillie ? nous manquons d'éléments de comparaison,

car nous n'avons jamais pratiqué d'injection d'alcool chez nos malades. Tout au moins faut-il reconnaître, avec Surmont et Dubus, qu'il est prudent et logique d'essayer les injections, inoffensives et réellement efficaces, d'eau bouillie avant d'entreprendre des injections alcooliques. Ce n'est pas toutefois refuser à celles-ci toute indication, mais nous pensons, avec M. Sicard, qu'elles peuvent rendre parfois service dans les névralgies faciales rebelles.

Par quel processus physiologique précis agissent les injections d'eau bouillie ? il est possible que les phénomènes osmotiques entrent pour une part importante dans cette action. Les injections de sérum physiologique que nous avons faites quelquefois, comparativement aux injections d'eau bouillie, ne nous ont donné que des résultats insignifiants. Peut-être, pourrait-on voir, comparativement aussi, si les solutions hypertoniques ont une action quelconque.

De toute façon, ce que nous avons voulu mettre en évidence, c'est l'innocuité des injections d'eau bouillie ; quant à leur efficacité, elle ressort nettement, croyons-nous des observations qui suivent.

OBSERVATIONS ' ---

OBSERVATION I

M... Marie, couturière, vingt-huit ans.

Elle entre à l'hôpital le 18 février 1912, se plaignant de faiblesse, de sueurs nocturnes, de points de côté nombreux, et de douleurs siégeant dans tout le dos, surtout à droite. Le vendredi précédant son entrée, elle a toussé plus que d'habitude et ses crachats étaient striés de sang.

Interrogée sur ses antécédents, la malade nous apprend que, réglée à douze ans, elle l'est actuellement très irrégulièrement ; mariée à vingt ans, elle a 1 enfant à vingt et un ans, mort à quatre ans de tuberculose ; elle a fait une fausse couche de deux mois à vingt-trois ans.

Au mois d'avril 1911, elle entre à Andral où on reconnaît

1. Nous avons adopté, pour nos observations, des tableaux schématiques indiquant les signes d'auscultation et la localisation des points douloureux. La plupart de nos tableaux simulent le thorax vu par sa face postérieure, et la ligne I-XII indique la ligne épineuse. Trois tableaux simulent le thorax vu par sa face antérieure ; la ligne M X (manubrium-xiphoïde) indique le sternum, les lettres A, les aisselles. Dans chaque tableau, les caractères *italiques* marquent les signes d'auscultation ; les caractères **gras**, les points douloureux.

l'existence d'une pleurésie droite avec épanchement moyen, reconnu à la ponction exploratrice, mais elle n'accepte pas de ponction évacuatrice, elle sort de l'hôpital deux mois après. La température, pendant son séjour à l'hôpital, a atteint plusieurs fois 39 degrés.

A partir de sa sortie de l'hôpital à la fin de mai 1911, jusqu'à ce jour, elle a constamment souffert de points de côté dont la recrudescence l'amène à l'hôpital. Elle crache un peu depuis deux mois mais n'a pas maigri, quoique ne mangeant que très peu.

GAUCHE

DROITE

I

Induration et quelques râles
bronchiques.

Souffle de *compression* bron-
chique.

Frottements pleuraux. **Point**
de côté. (10^e esp.)

XII

8 mars. — Première injection sous-cutanée de 2 centimètres cubes d'eau bouillie et faite en 2 piqûres sur une longueur de 5 à 6 centimètres parallèlement au dixième espace intercostal droit où est le maximum de la douleur.

Deux heures après, la malade accuse une sensation de brûlure et de démangeaison assez intense, la région est rouge, la douleur n'a pas varié. Six heures après l'injection, la cuisson, la démangeaison ont diminué ainsi que la rougeur, le

point de côté a disparu et la malade peut faire de grandes inspirations, qui, quelques heures avant, étaient très douloureuses et amenaient invariablement une toux sèche.

Le lendemain, la malade nous apprend qu'elle a pu dormir étendue sur le dos et qu'elle n'a pas souffert depuis. Quant aux symptômes locaux dus à la piqure, ils ont complètement disparu.

Le surlendemain, les douleurs réapparaissent, nouvelle piqure un peu plus haut que la précédente. Même effet de même durée ; nous n'avons pu continuer le traitement, la malade étant partie du service.

OBSERVATION II

B... Bonaventure, vingt-deux ans, hôpital Lariboisière, salle Lasègue, n° 52, juillet 1910.

Ce malade présente depuis cinq ans des bronchites à répé-

GAUCHE

Normal.

I

DROITE

Indurations. Quelques râles
sous-crépitants.

Point de côté, (5°
et 6° esp. int.)

XII

tition tous les hivers. Actuellement, il tousse principalement depuis trois semaines, il a maigri un peu, il n'a pas présenté d'hémoptysie.

Examen radioscopique. — Opacité manifeste du sommet droit, amplitude d'incursion du diaphragme droit 3 cm. 2, amplitude d'incursion du diaphragme gauche 2 cm. 2 (remarquons en passant que ces constatations infirment le signe décrit par Williams).

Le point de côté axillaire droit dure depuis dix jours, il est peu influencé par la toux, davantage par l'effort. Une ventouse scarifiée appliquée à son niveau n'a pas diminué la douleur. Injection au point le plus douloureux de 1 centimètre cube d'eau bouillie, cessation presque complète de la douleur, puis cessation définitive au bout de quelques jours. Le malade a été suivi pendant trois semaines et le point de côté n'a pas reparu.

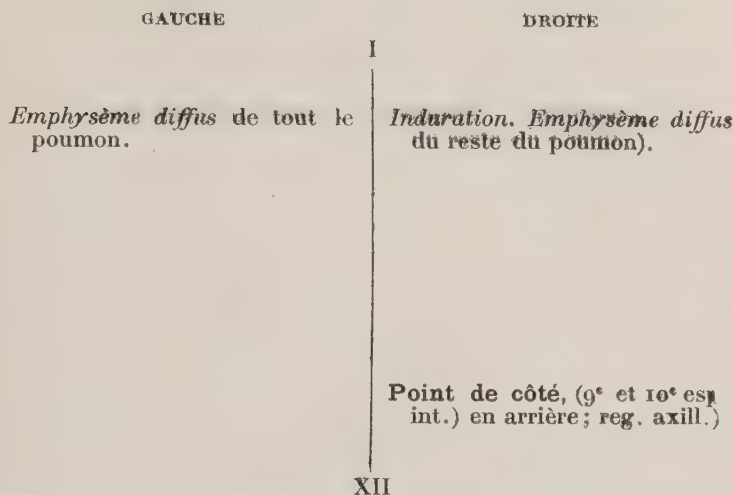
OBSERVATION III

M... Marie, vingt-neuf ans, femme de chambre. Lariboisière, salle Langle, n° 16, juin 1910.

Le début date d'octobre 1909, il n'y a pas eu d'hémoptysie, mais il existe un amaigrissement et une anémie assez notables. Les troubles dyspeptiques sont accentués avec pesanteur épigastrique après les repas, renvois, lenteur des digestions, mais pas de toux émétisante.

Le point de côté a forcé la malade à quitter son corset d'ailleurs mal supporté à causes des troubles digestifs. Le

point de côté augmente par la palpation, parfois il présente une exacerbation spontanée au moment des périodes



menstruelles. Injection de 2 centimètres cubes d'eau bouillie.
Guérison définitive de la douleur.

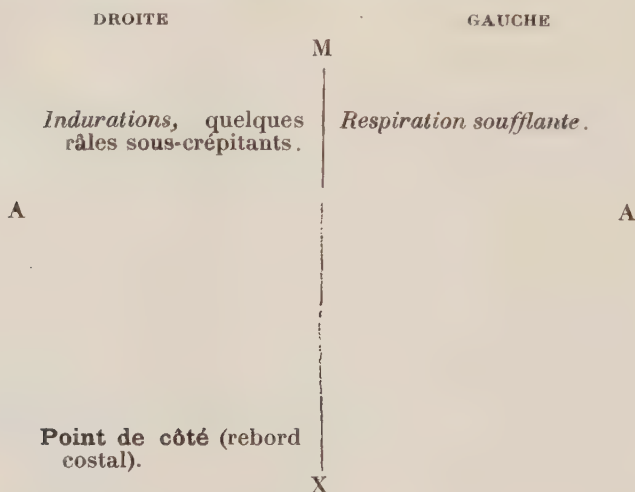
OBSERVATION IV

L... Mathilde, vingt-sept ans, domestique. Lariboisière, salle Langle, juin 1910.

Malade depuis deux mois, toux fréquente, pas de toux émétisante, amaigrissement notable, douleur circulaire à la base du thorax surtout marquée à droite et en avant.

Le point de côté, un peu diffus, existe depuis un mois environ, il est nettement exagéré par la toux et par les inspirations profondes, la palpation le montre prédominant au niveau de l'extrémité antérieure de la dixième côte. Cepen-

dant, le diaphragme semble se mobiliser assez amplement, (l'examen radioscopique n'a pas été pratiqué).



Les applications chaudes, la teinture d'iode n'ont pas amené d'amélioration très notable. Injection de 1 centimètre cube d'eau bouillie au point douloureux, répétée au bout de huit jours ; cessation définitive de la douleur.

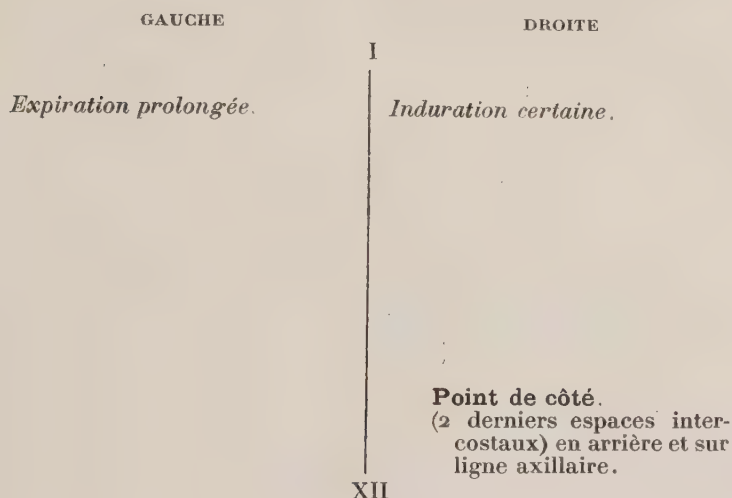
OBSERVATION V

M... Jules, trente ans. Lariboisière, salle Lasègue, n° 7 bis,
novembre 1910.

Le malade tousse depuis trois mois surtout, mais il a fait en mai 1910 une hémoptysie de moyenne abondance, amaigrissement notable, toux émétisante transitoire.

Examen radioscopique. — Opacité des trois premiers espaces intercostaux à droite, rien d'apparent à gauche;

amplitude des mouvements du diaphragme, à droite 2 cm. 4, à gauche 2 cm. 9. Examen oblique antérieur gauche, opacité de l'espace clair médian à sa partie moyenne. Le point de côté dure depuis quinze jours; plusieurs appli-



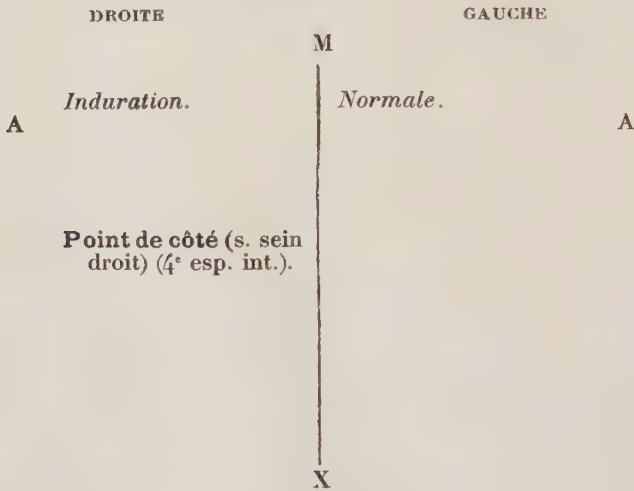
cations de teinture d'iode ont provoqué une amélioration légère mais transitoire. Injection de 1 cmc. 5 d'eau bouillie *loco dolenti*, cessation complète de la douleur pendant cinq jours. Au bout de ce temps, une nouvelle injection est nécessaire, le malade est suivi pendant seize jours, le point de côté n'a pas réapparu.

OBSERVATION VI

P... Georgette, vingt ans, modiste, salle Maurice Raynaud.
Lariboisière, août 1910.

La tuberculose est de date toute récente (un mois et demi),

mais a débuté par un foyer à allure subaiguë, au sommet droit, actuellement en voie d'amélioration, toux émétisante, opiniâtre cédant aux inhalations d'oxygène (Paillard). Amaigrissement accentué (malade syphilitique et présentant une néphrite secondaire).



Le point de côté durait depuis cinq jours et entraînait une insomnie relative avec nécessité du décubitus latéral gauche lorsqu'une injection d'eau bouillie au point douloureux a amené sa disparition complète ; il faut noter toutefois que l'injection fut un peu douloureuse et que la région présenta un petit empâtement pendant une demi-heure après. La douleur ne réapparut pas et une seconde injection ne fut pas nécessaire.

OBSERVATION VIII

B... Adrienne, trente-deux ans, domestique. Lariboisière, salle Langle, n° 4, août 1910.

La maladie a débuté par une pleurésie gauche, légère il y a huit ans. Quoique l'état général fut mauvais, la malade se soutint tant bien que mal jusqu'au début de l'année 1910. A ce moment, elle commença à tousser et à maigrir d'une façon inquiétante et elle éprouva des points douloureux erratiques sur la plus grande partie du thorax, mais spécialement intenses et fixes à la base gauche.

GAUCHE		DROITE
Signes de ramollissement.	I	Signe de ramollissement.
Point de côté intense (2 derniers esp.).	XII	Point de côté (moins marqué qu'à gauche mais plus étendu).

Les injections d'eau bouillie ont très notablement amélioré ces divers phénomènes douloureux.

L'autopsie a montré l'existence d'une symphyse pleurale généralisée, mais particulièrement épaisse à la partie pos-

téro-inférieure des plèvres. L'autopsie a de plus montré l'existence de grosses cavernes aux deux sommets; celles-ci n'ont pas été diagnostiquées à cause du peu d'amplitude des mouvements respiratoires.

OBSERVATION IX

J..., quarante-cinq ans, cocher de fiacre. La Charité, salle Corvisart, n° 4, décembre 1908.

La maladie a débuté par une pleurésie droite en 1902, Depuis, le malade a fait une hémoptysie moyennement abondante. Il présente un abcès costal au niveau de l'hypocondre droit; de plus, une légère gibbosité dorsale inférieure et une exagération nette des réflexes permet d'affirmer l'existence d'un mal de Pott. Toux émétisante, amaigrissement.

GAUCHE	I	DROITE
<i>Induration.</i>		<i>Ramollissement.</i>
		<i>Induration.</i> Point de côté (sous omoplate).
		<i>Obscurité.</i>
	XII	

Outre la douleur due à l'abcès costal et quelques douleurs en ceinture relevant du mal de Pott, le malade présen-

tait donc un point douloureux sous l'omoplate droite, et au niveau de la partie inférieure de celle-ci, dans le septième espace intercostal. La palpation l'exagérait d'une façon manifeste, de même que la toux.

Inefficacité des ventouses sèches, disparition complète du point douloureux par une injection de 1 centimètre cube d'eau bouillie, dans la partie postérieure du septième espace intercostal.

OBSERVATION X

B... Albert, vingt-quatre ans, typographe. Lariboisière, salle Lasègue, n° 9, mai 1910.

La maladie a commencé en 1900 par une bronchite prolongée; les hivers suivants, le malade a continué à tousser, mais cependant son état s'est amélioré. Depuis l'hiver 1909, il s'est à nouveau aggravé, le malade a maigri, a fait de la toux émetisante, de la fièvre, mais n'a pas présenté d'hémoptysie.

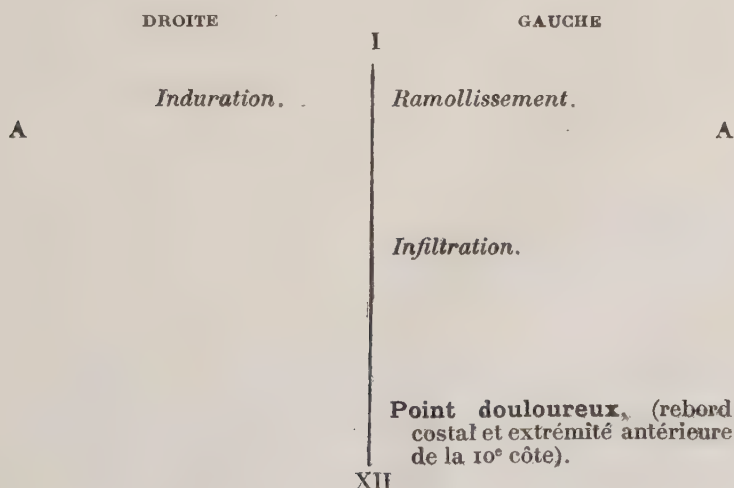
GAUCHE		DROITE
	I	
<i>Infiltration et début de ramollissement.</i>		<i>Caverne.</i>
		<i>Ramollissement.</i>
		<i>Induration.</i>
Point douloureux léger.		Point douloureux intense (10° et 11° esp. int.).
	XII	

Il s'agissait ici d'un point douloureux véritablement insupportable, entraînant de l'insomnie, empêchant le malade de se coucher sur le côté droit. On employa sans succès le stypage et les applications iodées. Deux injections d'eau bouillie ont fait disparaître complètement le point de côté qui durait depuis plus de deux mois.

OBSERVATION XI

S... Maria, vingt-six ans, domestique. Lariboisière, salle Langle, n° 2, avril 1910.

La malade tousse depuis un an et a fait deux hémoptysies, l'une à cette date, l'autre il y a six mois, la toux émétisante est fréquente, l'anorexie marquée et l'amaigrissement a fait de rapides progrès.



Inefficacité d'une ventouse scarifiée au point douloureux, une injection de 1 centimètre cube d'eau bouillie répétée

à huit jours d'intervalles entraîne la disparition du point de côté.

OBSERVATION XII

L... Cécile, dix-huit ans, employée de commerce. Lariboisière, salle Bernutz, n° 6, septembre 1910.

La malade tousse et maigrit depuis le mois de janvier, pas d'hémoptysie, toux émétisante fréquente au début.

Depuis un mois, la malade souffre d'un point de côté à la base gauche siégeant dans la région sous-axillaire.

GAUCHE		DROITE
	I	
<i>Induration légère.</i>		<i>Ramollissement.</i>
		Pas de point douloureux.
Névralgie intercostale, typique.		
	XII	

Les phénomènes douloureux offrent ici la particularité de siéger du côté le moins malade. La névralgie était relativement intense, très exagérée par la palpation aux points de Valleix, très exagérée aussi par la toux.

Une seule injection d'eau bouillie a déterminé une diminution considérable de la douleur, une seconde injection

pratiquée dix jours après a provoqué sa disparition définitive.

OBSERVATION XIII

L..., cinquante-huit ans, blanchisseuse, Hôtel-Dieu, salle Sainte-Jeanne, n° 15, mai 1909.

La malade tousse et maigrit depuis le commencement de janvier, elle n'a pas présenté d'hémoptysie, sa température oscille aux environs de 38 degrés.

GAUCHE		DROITE
	I	
<i>Induration.</i>		<i>Ramollissement étendu.</i>
		<i>Induration.</i>
		Point de côté, sous-axillaire (9° et 10° esp.)
	XII	

Le point de côté durait depuis vingt jours, était nettement accentué par la palpation et obligeait au décubitus latéral gauche; une ventouse scarifiée amena une sédation légère mais insuffisante. Deux injections d'eau bouillie entraînèrent la disparition complète du point de côté.

OBSERVATION XIV

L... Louise, trente-deux ans, Lariboisière, salle Maurice Raynaud, n° 4, juin 1910.

Pleurésie gauche survenue au début de juin et ponctionnée à deux reprises : 8 juin (1 litre), 13 juin (1.200 gr.). La température d'abord oscillante entre 38 et 39 degrés descend progressivement à 37 et à partir du 15 juin, le liquide décroît régulièrement ; mais à ce moment la malade souffre de points douloureux assez intenses.

GAUCHE	I	DROITE
<i>Respiration diminuée, Vibrations exagérées.</i>		Respiration
		normale.
<i>Silence respiratoire.</i>		
Point de côté, (tout rebord costal surtout région sous-axill.)		Point de côté, léger mobile.
	XII	

Les points de côté occupaient donc toute la base du thorax, de plus, la malade accusait une douleur assez vive sous le sein gauche au niveau de l'espace de Traube. Les ventouses sèches, les sinapismes n'amènèrent aucune amélioration, mais une injection de 1 centimètre cube d'eau bouillie au

niveau de la région la plus douloureuse à gauche amena une sédation indéniable. Une nouvelle injection, pratiquée huit jours après, entraîna la disparition du point de côté.

OBSERVATION XV

L... Cyprien, tailleur, vingt ans. Lariboisière, salle Lasègue, n° 45, juillet 1910.

Le malade tousse surtout depuis un an, a présenté deux hémoptysies abondantes au début de sa maladie, il a considérablement maigri, a de la toux émetisante et une laryngite. Il y a trois mois on a constaté l'existence d'une pleurésie droite légère vérifiée par ponction depuis, il présente de ce côté un point douloureux léger mais opiniâtre.

GAUCHE		DROITE
<i>Expiration prolongée.</i>	I	<i>Induration avec quelques râles humides.</i>
		Points douloureux (6° et 7° esp.)
		<i>Obscurité.</i>
	XII	

Examen radioscopique. — A droite, opacité manifeste du sommet, clarté de la région moyenne, opacité de la base ; le diaphragme droit est presque complètement immobilisé et

le cul-de-sac costo-diaphragmatique est comblé. Du côté gauche, opacité légère du sommet, forte mobilisation du diaphragme.

Les injections d'eau bouillie ont très amélioré le point de côté axillaire droit.

OBSERVATION XVI

B... Edmond, cinquante-quatre ans. Lariboisière, salle Lasègue, n° 7 bis, juin 1910.

Pleurésie tuberculeuse subaiguë survenue d'une façon relativement insidieuse chez ce malade bronchitique depuis longtemps. Le 8 mai, il se plaignait d'un vague point de côté situé à la pointe de l'omoplate droite, et l'auscultation permit d'établir l'existence d'une pleurésie.

Celle-ci a été ponctionnée à deux reprises et de l'électrargol fut injecté dans la plèvre, le liquide se tarit rapidement. Malgré la guérison, le malade conserve son point douloureux qui s'est même accentué.



Le point de côté occupe ici un siège qu'il est peu fréquent d'observer. Il était nettement exagéré par la toux et par l'inspiration forcée ; après six jours d'acuité, il fut complètement guéri par une seule injection de 2 centimètres cubes d'eau bouillie.

OBSERVATION XVII

B... Henri, cinquante-six ans, tourneur sur métaux. Lari-boisière, salle Lasègue, n° 19, septembre 1910.

Le malade a fait une pleurésie gauche en 1895. Elle a été ponctionnée. Depuis quatre ans, il éprouve fréquemment des douleurs assez vives dans le côté gauche surtout à la base et parfois il existe des élancements violents et pénibles. Il y a deux mois, le malade présenta à nouveau un peu de liquide dans sa plèvre gauche, actuellement il existe un point de côté de la base intense obligeant le malade à rester en permanence soit assis, soit dans le décubitus latéral droit.

GAUCHE		DROITE
	I	
<i>Caverne (1/3 supérieur).</i>		<i>Induration.</i>
<i>Ramollissement (1/3 moyen).</i>		
<i>Frottements pleuraux (1/3 inférieur).</i>		
Point de côté (10° et 11° esp. int.).		
	XII	

Après avoir essayé longuement la teinture d'iode gaïacoolée, les ventouses scarifiées qui n'amenèrent qu'un résultat très imparfait, on pratiqua à huit jours d'intervalle deux injections d'eau bouillie au point le plus douloureux qui entraînèrent une amélioration très notable ; celle-ci dura plus d'un mois, mais le malade, revu ultérieurement, présentait à nouveau ses points douloureux.

OBSERVATION XVIII

C... Jean, trente-neuf ans. Lariboisière, salle Lasègue, n° 57, octobre 1910.

Le malade tousse depuis longtemps, mais principalement depuis deux mois. A cette époque, il a fait une hémoptysie et depuis il s'amaigrit. Dans les antécédents, il faut noter une pleuro-pneumonie gauche dans l'enfance qui a laissé un certain degré de rétraction du thorax (périmètre : 43 centimètres à droite, 40 centimètres à gauche).

GAUCHE	I	DROITE
<i>Râles sous-crépitants.</i>		<i>Respiration saccadée.</i>
<i>Obscurité respiratoire.</i>		Respiration
Point de côté axillaire (8^e et 9^e esp. int.).		normale.
	XII	

Examen radioscopique. — Il montre la présence de mouchetures opaques du côté droit, la grande mobilité du diaphragme de ce côté, 5 centimètres d'expansion en hauteur, la clarté du cul-de-sac costo-diaphragmatique. Du côté gauche, il existe une opacité manifeste du haut en bas, le diaphragme est presque immobile et le cul-de-sac costo-diaphragmatique est obscur.

Le point de côté gauche est nettement réveillé par la palpation et par la toux, il oblige le malade à adopter le décubitus latéral droit. La révulsion banale n'a aucune action sur lui, mais il disparaît progressivement à la suite de trois injections sous-cutanées d'eau bouillie.

OBSERVATION XIX

D... Georges, dix-huit ans, décembre 1908.

En août 1908, le malade a fait une pleurésie gauche, nettement diagnostiquée par son médecin, mais qui n'a pas été ponctionnée. Depuis, son côté gauche est resté endolori et on a vu se développer tous les signes de la tuberculisation pulmonaire : toux, hémoptysie légère, oscillation thermique autour de 38°5 et troubles digestifs accentués sans toux émettante. La mensuration du thorax montre 42 cm. 5 du côté gauche, 40 cm. 5 du côté droit.

GAUCHE	I	DROITE
<i>Respiration rude.</i>		<i>Induration manifeste.</i>
Point de côté dont toute rég. axill.		<i>Frottements pleuraux sur toute l'éten- due du pou- mon.</i>
	XII	

Le point de côté est très étendu, augmente par la palpation qui permet d'ailleurs de percevoir des frottements. Les badigeonnages répétés de teinture d'iode et de vastes cataplasmes sinapisés calment à peine la douleur. Trois injections d'eau bouillie sont faites dans les sixième, huitième, et dixième espaces, amélioration évidente, mais la disparition complète de la douleur n'est pas obtenue. Le malade ne peut pas facilement dormir sur le côté gauche.

[OBSERVATION XX

(Due à l'obligeance de M. Paillard.)

V... Jeanne, trente-quatre ans, domestique, observée successivement: salle Maurice Raymond, n° 28, juin 1910, salle Langle B, n° 21, juillet-août, sanatorium de Brévannes, décembre, salle Langle B, n° 11, avril 1911.

La maladie a débuté en juin 1910 par une pleuro-pneumonie gauche, avec température très élevée et oscillante. Le liquide était en petite quantité, et une ponction exploratrice le montre sanguinolent ; au-dessous gros bloc pulmonaire à type de spléno-pneumonie.

Au bout de six semaines, la température descend lentement ; l'état local s'améliore, mais il se produit une rétraction de l'hémithorax gauche qui, par la suite, ne peut que s'accroître.

En août 1910, avant le départ pour Brevannes, état général assez bon, appétit, pas de toux émetisante. L'examen montre à cette date : une respiration soufflante avec retentissement de la toux au sommet droit en avant ; au sommet gauche, aux signes précédents s'ajoutent quelques râles après la toux et de la bronchophonie. En arrière, les symptômes sont identiques, avec cependant de l'obscurité respiratoire dans la moitié inférieure gauche.

L'examen radioscopique montre à cette date :

1° du côté gauche, le diaphragme complètement immobilisé avec effacement du cul-de-sac costo-diaphragmatique, une obscurité diffuse de la base, une obscurité en moucheture du sommet ;

2° Du côté droit : le diaphragme intact avec expansion de 1 cm. 9 pendant la respiration normale et de 3 cm. 5 avec les secousses de toux ; légère opacité du sommet.

En décembre 1910, à Brevannes, on constate du ramollissement avec gros râles et bronchophonie au sommet gauche.

En avril 1911, état général très altéré, amaigrissement très accentué, anorexie, points douloureux.

GAUCHE	1	DROITE
<i>Grande caverne.</i>		<i>Caverne aréolaire.</i>
<i>Infiltration.</i>		<i>Infiltration.</i>
<i>Obscurité respiratoire.</i>		
Point de côté , (3 derniers esp. int. et bouton diaphragma- tique).		Points douloureux , errati- ques.
	XII	

Ces divers points douloureux sont apparus surtout pendant les derniers mois. Les injections d'eau bouillie ont pu les calmer complètement.

La mort est survenue le 21 avril.

Autopsie le 22 avril.

Poumon gauche adhérent dans toute son étendue, mais surtout à la base où il faut sculpter les fausses membranes. Sclérose du lobe inférieur; infiltration caséuse du lobe supérieur avec caverne du volume d'une orange séparée de la paroi thoracique antérieure par une épaisseur de 1 centimètre, de la paroi thoracique postérieure par une épaisseur de 2 cm. 5.

Poumon droit adhérent également dans toute son étendue, mais d'une façon beaucoup plus lâche. Infiltration des deux tiers supérieurs du poumon avec 5 ou 6 cavernules du volume d'une noix et relativement récentes au sommet.

Adhérences épiploïques, périhépatites accentuées, foie gros hypertrophique.

CONCLUSIONS

1° Les points de côté, si fréquemment observés chez les tuberculeux, peuvent reconnaître une étiologie très variable : le plus souvent, il s'agit d'une lésion pleurale soit primitive soit secondaire à une altération pulmonaire sous-jacente. Les diverses localisations des processus pleuro-tuberculeux expliquent la multiplicité des points de côté et la variabilité de leur aspect clinique.

Nous estimons de plus qu'il peut y avoir des points de côté d'origine pulmonaire pure survenant le plus souvent lors d'une poussée tuberculeuse aiguë ou subaiguë, mais nous n'avons pu apporter ici de documents à l'appui de cette opinion.

Il ne faut pas négliger non plus les points de côté qui relèvent d'une ostéite au début, d'une radiculite ou d'un mal de Pott ; mais il est presque toujours facile de les distinguer des variétés précédentes.

2° L'étude clinique doit envisager les diverses formes dues soit à l'évolution soit à la localisation. Alors que certains points de côté surviennent à titre d'accident initial et presque prémonitoire de la

tuberculose, d'autres constituent au contraire des phénomènes tardifs liés à la symphyse pleurale lorsque le poumon sous-jacent est déjà très malade ; enfin une troisième variété doit être individualisée chez les malades qui relèvent d'une pleurésie avec épanchement.

D'après la localisation, il faut décrire le point de côté du sommet, la névralgie intercostale, le point de côté interlobaire, les douleurs précordiales, les points de côté de la base. On peut dire que les points de côté doivent autant de caractère à leur localisation qu'à leur étiologie.

3° Innombrables sont les thérapeutiques employées contre les points de côté, elles sont assurément utiles et ont de plus l'avantage de pouvoir se succéder. Mais nous avons voulu insister sur l'efficacité, qui nous a paru très grande, des injections d'eau stérilisée au point douloureux. Autrefois indiquée par Potain, Dieulafoy, cette méthode n'a pas conservé la place qu'elle mérite et nous avons voulu tenter de la mettre à nouveau en honneur. Elle a du moins l'avantage d'être absolument inoffensive, et les constatations expérimentales récentes de Surmont et Dubus vérifient histologiquement cette innocuité.

Vu : le Président de thèse,
LETULLE

Vu : le Doyen,
LANDOUZY

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
L. LIARD

BIBLIOGRAPHIE

- BEAUVIEUX. — *Société anatomo-clinique de Bordeaux*, 13 février 1911.
- BÉCLÈRE. — L'Examen radioscopique des plèvres interlobaires et diagnostic de la sclérose de l'interlobe. *Société médicale des hôpitaux*, 28 février 1902.
- DIEULAFOY. — Article douleur dans *le Dictionnaire de Jaccoud*.
- FAUROS. — Pleurésie du sommet. *Thèse de Paris*, 1900.
- GRISOLLE. — Traité de la pneumonie, p. 203.
- LETULLE. — Auscultation du creux sus-claviculaire (*Presse médicale*, 22 novembre 1905, p. 753).
- MANTOUX. — La Pleurite sèche précordiale (*Gazette des hôpitaux*, 30 octobre 1911, n° 124, p. 1763).
- MONNIER. — Le Syndrome diaphragmatique (*Gazette de Nantes*, 25 novembre 1911, n° 47, p. 989).
- OPPENHEIM. — Consultations médicales ; pleurésies sèches (*Progrès médical*, 25 novembre 1911, n° 47, p. 580).
- PAILLARD (H.). — Le Muscle diaphragme (études physiologiques et pathologiques). La toux émetisante des tuberculeux. *Thèse de Paris*, 1911.
- Les Pleurésies enkystées (*Gazette des hôpitaux*, 30 septembre et 7 octobre 1911, n° 111, p. 1591 et n° 114, p. 1627).
 - Les Points de côté des tuberculeux et leur traitement (*Progrès médical*, 3 février 1912, p. 59).
- PETER. — Cliniques médicales de l'Hôtel-Dieu, t. I.
- ROMME. — *Presse médicale*, 12 mars 1910, p. 183.
- SABOURIN. — Le Point de côté scissural (*Revue de médecine*, 19 avril 1907, p. 350).
- SOUQUES. — *Société médicale des hôpitaux de Paris*, 23 mars 1902.
- SURMONT et DUBUS. — *Archives de médecine expérimentale*, 1911, vol. XXII, n° 1, p. 76.

